

重 要 事 項 説 明 書

＜訪問介護事業及び第 1 号訪問介護事業＞

様

株式会社 太陽ライフサポート

訪問介護ステーション みらい

指定訪問介護事業所・第1号訪問介護事業所
訪問介護ステーション『みらい』重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(兵庫県指定 第2874401819号)

当事業所はご契約者に対して訪問介護・第1号訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3, 4, 5
6. サービスの利用に関する留意事項	6, 7
7. 虐待の防止のための措置に関する事項	7
8. 業務継続計画の実施に関する事項	7
9. 身体拘束防止についての事項	7
10. 苦情の受付について	8

1. 事業者

兵庫県指定 第 2874401819 号
会社名 株式会社 太陽ライフサポート
事業所名 訪問介護ステーション みらい
住 所 兵庫県 豊岡市 下宮 2-8
連絡先 0796-20-8114

2. 事業所の概要

訪問介護・第1号訪問介護サービスの提供

3. 事業実施地域及び営業時間

事業実施地域 豊岡市

営業時間 受付 月曜日～金曜日 9：00～17：00
事業実施時間 24時間 365日

4. 職員の体制

- ・ 管理者 1名
- ・ サービス提供責任者（常勤専従） 1名以上
- ・ ヘルパー介護士（看護師含む） 1名以上（最低基準以上配置）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）サービスごとの利用単位

生活援助	20分～45分未満	179単位
	45分以上	220単位
身体介護 ※1	20分未満	163単位
	20分～30分未満	244単位
	30分～1時間未満	387単位
	1時間以上	567単位 ※1時間を超える場合は30分ごとに84単位追加
訪問介護 初回加算	初回月にサービス提供責任者との 同行訪問にて算定	200単位
通院等乗降介助		97単位
緊急時訪問介護加算		100単位
生活機能向上連携加算		100単位
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数×1/100
事業継続計画未策定減算		所定単位数×1/100
訪問介護特定事業所加算（I）		加算率 20.0%
介護職員処遇改善加算（I）		加算率 24.5%

※1 身体介護の後に生活援助を行う場合は、所要時間が20分をから起算して25分増すごとに82単位が追加となります。

※ 個々のサービス間隔は、2時間以上とします。

（時限的措置）

第一号訪問介護費（1カ月につき）

- (イ) 第一号訪問介護費（Ⅰ） 1, 176 単位・・・1 週に 1 回程度
- (ロ) 第一号訪問介護費（Ⅱ） 2, 349 単位・・・1 週に 2 回程度
- (ハ) 第一号訪問介護費（Ⅲ） 3, 727 単位・・・1 週に 2 回を超えた場合

(2) 割増単価

- 早朝（6 時～8 時）・夜間（18 時～22 時） 25%
- 深夜（22 時～翌 6 時） 50%

(3) 個人負担請求について

☆訪問介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いとなります。

なお、第一号訪問介護については、旧介護予防訪問介護に係る旧法第 53 条 2 項第 1 号に規定する厚生労働大臣が定める基準の例により算定した費用の額とし、第一号訪問介護が代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いとします。

☆やむを得ない事情で利用者の同意を得て、2 人訪問した場合は 2 人分の料金となります。

☆初回加算については、月 200 単位、緊急時加算については 1 回につき 100 単位、生活機能向上連携加算については月 100 単位、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）については上記の金額に 13.7%・介護職員等特別処遇改善加算（Ⅰ）については 6.3%、また介護職員処遇のベースアップを図るため介護職員等ベースアップ等支援加算 2.4%を負担割合に応じて別途お支払い頂きます。

☆ただし、令和 6 年 6 月より処遇改善加算は一本化となり、介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（新）24.5%となります。

☆「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

☆記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護・第一号訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて、介護給付費体系により計算されます。

☆2 人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者の同意の上で、通常の利用料金の 2 倍の料金をいただきます。

※2 人の訪問介護員でサービスを行う場合（例）

- ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
- ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 8 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

介護保険給付の支給限度額を超える訪問介護・第一号訪問介護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う前月前までにご説明します。

（３）交通費（契約書第８条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

（４）利用料金のお支払い方法（契約書第８条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算しご請求しますので、翌月２７日までに指定の口座へご請求金額分の準備をお願いいたします。原則として口座引き落としにてお支払いいただきます。（１か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

（５）利用の中止、変更、追加（契約書第９条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護・第一号訪問介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の１０％ （自己負担相当額）

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

（１）サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

（２）訪問介護員の交替（契約書第６条参照）

①ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認めら

れる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項（契約書第7条参照）

①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問介護・第一号訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問介護・第一号訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

(4) サービス内容の変更（契約書第10条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為（契約書第14条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護・第一号訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為（但し、喀痰・経管栄養事業については実施します）
- ②ご契約者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受
- ③ご契約者の家族等に対する訪問介護・介護予防訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

(6) サービス提供責任者

サービス提供責任者は利用者からのサービス利用申込みに関する調整や訪問介護・第一号訪問介護計画の作成などはじめ、次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点があった場合及びサービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。

（担当の訪問介護員に直接お話しくださってもかまいません。）

＜サービス提供責任者の業務＞

①訪問介護・第一号訪問介護サービスの利用の申込みに関する調整

②利用者の状態の変化（口腔ケア・医療連携・末期がん等の終末ケア等やサービスに関する意向の定期的な把握

③居宅介護・総合支援事業者との連携（サービス担当者会議への出席など）

④訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示

⑤訪問介護員の業務の実施状況の把握

⑥訪問介護員の業務管理

⑦訪問介護員の研修、技術指導

⑧その他サービスの内容の管理について必要な業務

7. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講ずるものとする。

- 1 虐待の防止に関する責任者の選定
- 2 成年後見制度の利用者支援
- 3 苦情解決体制の整備
- 4 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための委員会及び研修の実施

8. 業務継続計画の実施に関する事項

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、次の措置を講ずるものとする。

事業継続（BCP）に関する責任者の選定

- 1 事業継続に関する責任者の選定
- 2 事業継続に係る委員会の設置
- 3 感染症発生時及び災害発生時に実際に対応実施できるための研修及び訓練の実施
- 4 実際に対応できるように、事業継続計画（BCP）の定期的な見直の実施

9. 身体拘束防止についての事項

利用者の意思及び人格を尊重し、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為は原則として行いません。ただし、利用者または第三者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、必要最小限度の範囲で身体拘束を行うことがあります。その際には、記録を残し、関係者への報告・説明を行います。また、身体拘束防止及び適正な実施をするため、以下の取組を行います。

- ・身体拘束防止委員会の設置
- ・指針の整備
- ・職員への定期研修の実施

10. 苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

（１）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付担当者

【職名】 訪問介護ステーション みらい サービス提供責任者

受付時間 毎週月曜日～金曜日 ９：００～１７：００

○ 苦情解決責任者

【職名】 管 理 者

【氏名】 平井 慎二

（苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます）

（２）行政機関その他苦情受付機関

○ 兵庫県国民健康保険団体連合会

神戸市中央区三宮町１丁目９番１－１８０１号

電話（０７８）３３２－５６１７ FAX（０７８）３３２－５６５０

受付時間 ９：００～１７：１５ 月～金

○ 豊岡市役所 健康福祉部 高年介護課

豊岡市立野町１２－１２

電話（０７９６）－２４－２４０１

受付時間 ８：３０～１７：１５ 月～金

指定訪問介護・第一号訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

契約日 令和 年 月 日 契約時間 時 分

契約場所 _____

訪問介護ステーション みらい

説明者 職名 管理者 氏名 平井 慎二 ⑩

私は事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護・第一号訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

契約者は、署名が出来ないため、契約者本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わって、その署名を代理代行いたします。

令和 年 月 日

署名代行者代理人

住所 _____

氏名 _____ ⑩

利用者との関係（ ）

身元引受人

住所 _____

氏名 _____ ⑩